Yrad 1465.

(1)

N° 5

DE L'HÉMORRAGIE UTÉRINE AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le samedi 19 juillet 1902

PAR

Mlle SOUKOSTAVSKA

Née à Konstantinograd (Russie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE

1902

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur CARRIEU

Mlle SOUKOSTAVSKA.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22404144

La joie qui nous anime, à l'idée que nous allons enfin atteindre le but vers lequel ont tendu jusqu'ici tous nos efforts, ne va pas sans une certaine appréhension en face de l'inconnu que nous réserve l'avenir, et notre pensée se reporte invinciblement vers tous ceux et celles qui ont contribué à nous rendre agréable le séjour de la France, si hospitalière, à écarter de nous les multiples ennuis que comporte, malgré tout, l'initiation d'une étrangère à une civilisation qu'elle ignore, dans un pays dont la langue lui est inconnue.

Nous devons, à ce point de vue, une reconnaissance toute particulière à notre maître, M. le professeur Flahault, dont la sympathie, toujours accueillante, nous a puissamment soutenue durant tout le cours de nos études.

Nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de tous nos maîtres et nous leur gardons une profonde reconnaissance pour l'instruction qu'ils nous ont donnée et la haute moralité qui ressort de leur enseignement.

Nous devons, toutefois, un hommage spécial à notre maître, M. le professeur Carrieu, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Nous n'oublierons jamais ce que nous devons à l'enseignement essentiellement pratique de ce maître éminent.

Nous n'oublierons pas non plus la spontanéité et le dévouement avec lesquels M. le docteur Ardin-Delteil, le sympathique chef de clinique médicale, dont les contre-visites constituent pour les étudiants un lieu de rendez-vous où l'on est certain

de trouver un enseignement clinique remarquable de clarté et de précision scientifique, s'est mis à notre disposition pour tous renseignements au sujet de notre thèse. Nous le remercions de son précieux concours.

DE L'HÉMORRAGIE UTÉRINE

AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

HISTORIQUE

Les anciens n'ont pas laissé inaperçus les troubles menstruels dans le cours des maladies aiguës fébriles; ils ont noté souvent l'apparition des règles hors leur époque, surtout dans les fièvres. Hippocrate, racontant l'épidémie de Thasos, pendant laquelle les hémorragies étaient fréquentes, écrit que « chez la plupart des femmes, les règles apparaissaient pendant le cours de ces fièvres, et, chez beaucoup de jeunes vierges, elles venaient alors pour la première fois.

» Quelques-unes eurent à la fois une épistaxis et leurs règles... Toutes les femmes enceintes que j'ai connues avortaient quand elles tombaient malades » (Epid., livre 1, 3e const.).

En 1758, Boucher observa la métrorragie comme symptôme habituel d'une fièvre bilieuse qui régnait épidémiquement à Lille. Stoll a signalé la même influence sur l'utérus, en décrivant la constitution épidémique et bilieuse d'avril 1778, mois qui fut très chaud ; les règles duraient plus que d'habitude et même plusieurs semaines.

Fincke dit que dans l'épidémie de Teklembourg, les menstrues surtout subissaient l'influence de l'affection bilieuse : tantôt elles étaient supprimées, tantôt elles étaient augmentées ou avancées.

J.-P. Franck dit : « L'avortement, l'hémorragie utérine peuvent dépendre d'une fièvre intermittente pernicieuse ; d'une fièvre continue nerveuse, simple ou compliquée, avec un exanthème tel que la variole, la rougeole, la scarlatine, la miliaire, les pétéchies ».

Dans plusieurs épidémies de suette miliaire, on a observé, comme l'avait fait M. J.-P. Franck, qu'un très grand nombre de femmes avaient leurs menstrues pendant la fièvre.

Dans l'épidémie de Coulommiers, MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy observèrent que les règles parurent au début et coulèrent comme d'habitude chez quelques femmes, une fois avec anticipation ; chez d'autres, un retard amena des accidents qui cédèrent sous l'influence de moyens qui rappelèrent les règles.

En 1842, Brière de Boismont dans son *Traité de la menstruation*, d'Heurle, en 1847, dans sa thèse inaugurale, étudient l'influence des maladies aiguës sur l'apparition des règles. Enfin, en 1852, avec le mémoire d'Hérard sur l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles et réciproquement, la question entre dans une période vraiment scientifique. Des observations bien suivies, le plus souvent sanctionnées par l'autopsie, permettent une étude sérieuse, basée sur des faits précis.

Au point de vue particulier des relations de la fièvre typhoïde avec les métrorragies, Gübler, en 1862, signale plusieurs cas sur la question dans son *Étude sur les épistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies et des phlegmasies*. Six ans après, en 1868, Raciborski publie son *Traité*

de la menstruation, qui renferme 13 cas de fièvre typhoïde, dans lesquels l'auteur a noté la date d'apparition des règles.

En 1870, Perroud publie, dans le *Lyon médical*, un article sur « Les pseudo-menstruations liées aux pyrexies », dans lequel il précise une distinction, déjà établie par Gubler, entre les hémorragies ou épistaxies utérines et les hémorragies menstruelles. Un numéro de la *Gazette obstétricale* de l'année 1873 renferme une observation mort par métrorragie chez une typhique récemment accouchée. Un peu plus tard, en 1881, Bartel étudie aussi la menstruation et les métrorragies dans le typhus, la fièvre typhoïde et la fièvre récurrente.

Enfin, en 1899, Mademoiselle Georgiéva, sous l'inspiration de notre maître, M. le professeur Carrieu, publie, dans sa thèse intitulée : *Contribution à l'étude des troubles menstruels dans la fièvre typhoïde*, 5 observations nouvelles relatives à la question et s'efforce de mettre en lumière l'importance de l'apparition des règles dans l'évolution des maladies aiguës fébriles, importance souvent méconnue par les auteurs modernes.

Pour notre part, après avoir tâché d'éclairer la pathogénie de ces manifestations, nous étudierons, à la lumière des observations que nous avons pu recueillir, leur valeur pronostique dans la fièvre typhoïde.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur l'hémorragie au cours des diverses pyrexies

L'hémorragie est un phénomène que l'on voit assez communément apparaître, soit à titre de symptôme, soit à titre de complication, au cours de multiples états infectieux. Elle peut revêtir toutes les intensités, depuis le saignement nasal le plus bénin, jusqu'aux grandes déperditions sanguines, rapidement fatales par leur extrême abondance, telles qu'on les voit apparaître, se faisant par des voies multiples, dans les formes dites hémorragiques des diverses maladies infectieuses.

Son siège n'est pas moins multiple, assurément, et on peut voir l'hémorragie se faire à la surface du revêtement muqueux de diverses cavités viscérales, aussi bien qu'on peut la voir apparaître au sein même de divers parenchymes, reconnaissant, suivant les cas, des conditions de production différentes.

Ainsi verra-t-on la muqueuse nasale, la muqueuse digestive en divers points de sa surface, bouche, estomac, intestin grêle, gros intestin, ou encore la muqueuse vésicale, la muqueuse utérine pouvoir être le siège des flux hémorragiques; de même que l'on pourra voir celui-ci localiser son apparition au niveau du parenchyme rénal, ou encore du parenchyme hépatique, du parenchyme pulmonaire, etc.

Dans ces diverses alternatives, le processus aboutissant, en dernière analyse, à la production de l'hémorragie n'est pas toujours identique à lui-même; si les phénomènes congestifs, si la vaso-dilatation et les troubles de la circulation capillaire prédominent dans l'histoire des hémorragies se faisant par les muqueuses, il n'en est pas toujours ainsi, et parfois ce

sont des ruptures vasculaires, siégeant sur des vaisseaux d'un calibre plus important et en relation, non plus avec un mouvement fluxionnaire ou congestif, mais avec une ulcération développée sur place et ayant directement détruit la paroi vasculaire, qui sont l'origine de l'issue du liquide hématique.

La fièvre typhoïde présente à l'observateur des hémorragies répondant aux divers mécanismes auxquels nous venons de faire allusion, et il est certain que l'on ne peut pas ranger dans la même catégorie l'hémorragie intestinale, fonction par excellence d'une rupture vasculaire consécutive à une ulcération de la paroi intestinale, et les diverses hémorragies telles que les épistaxis, telles que les hémorragies utérines, dont le facteur essentiel consiste dans les modifications congestives des muqueuses correspondantes.

Mais à côté de ces différences, qui pourraient à la rigueur permettre de placer en opposition les manifestations hémorragiques dont nous venons de parler, nous voyons des conditions communes présider, dans toutes les infections, à la genèse de l'hémorragie, et, avant d'en faire une application spéciale à la fièvre typhoïde en particulier et à l'hémorragie utérine apparaissant à l'occasion de cette dernière, nous éprouvons le besoin d'esquisser en quelques lignes l'histoire des conditions générales de production des hémorragies au cours des infections.

Il est des infections plus particulièrement hémorragipares et se manifestant telles sur tous les organismes atteints, comme si le germe par sa virulence, par une qualité spéciale de ses toxines ou par l'atteinte dirigée avec électivité sur tels ou tels organes, présidant au maintien de la crase sanguine, possédait des qualités propres se traduisant essentiellement par l'hémorragie. Mais il n'en est pas ordinairement ainsi de la fièvre typhoïde, et ce n'est que dans certaines conditions

que l'on voit apparaître les manifestations hémorragiques au cours de celle-ci.

A côté des conditions de virus, de qualité de germe ou de toxine, doivent donc se placer d'autres conditions, tirées de l'organisme lui-même qui, par la fragilité particulière de son système vasculaire général ou local, pourra réaliser, par appel plus facile, une localisation des propriétés nocives des produits toxi-infectieux sur le système vasculo-sanguin dans son ensemble, ou sur telle ou telle partie de celui-ci, sur tel ou tel organe.

L'hémorragie, en général, dans ses rapports avec les infections, nous apparaît donc comme une résultante de deux ordres de conditions: les premières résultent de l'ensemble des modifications créées soit par la pullulation microbienne, soit par les sécrétions microbiennes dans l'économie ; les secondes sont plus spécialement en rapport avec un état de prédisposition générale ou locale créant la forme et la localisation de la détermination hémorragique infectieuse.

Virulence spéciale, qualité ou quantité de virus, porte d'entrée, association microbienne peut-être dans certains cas, présideraient aux modifications du premier groupe. Les modifications imprimées au sang par le contact direct de ses éléments avec les produits de sécrétions déversées dans le torrent circulatoire, les modifications de résistance imprimées corrélativement aux globules sanguins, aux qualités de fixation de l'hémoglobine, l'adjonction aux toxines microbiennes de toxines résultant de la viciation par le fait de l'infection d'organes importants tels que le foie, au point de vue du maintien de la constitution, du sang, les lésions des parois vasculaires, fonction des mêmes poisons, les troubles vasomoteurs qui sont un des attributs essentiels démontrés par Hlava, par les expériences de Charrin et de Gley, des sécrétions bactériennes, et qui entraînent avec eux des modifica-

tions de la pression, de la vitesse circulatoire, tels sont les divers éléments d'origine directement microbienne capables d'entraîner la production facile d'hémorragies.

A côté de ces conditions d'origine purement infectieuse, réclament une place importante les conditions tirées de l'état même de l'organisme. En ce qui concerne notamment la femme, à côté des conditions banales habituelles, telles que l'hémophilie, telles qu'un état dyscrasique constitutionnel, telles que certaines auto-intoxications, le Brightisme par exemple, qui dans tous les cas tendrait à rendre l'hémorragie plus facile, nous en voyons apparaître d'autres, telle la période d'activité des organes de la génération, qui tendront plus particulièremet à localiser le flux hémorragique du côté de l'utérus.

Ce que nous venons de dire des maladies infectieuses en général peut s'appliquer entièrement à la fièvre typhoïde, et si les hémorragies diverses, si la métrorragie, ont été rencontrées au cours de la variole, de la scartatine, de la malaria, etc., on les rencontre non moins fréquemment dans la dothienentérie.

Ces généralités étant posées, nous pouvons, à leur lumière, aborder maintenant l'étude particulière des rapports de la fièvre typhoïde et de la métrorragie, et dans des chapitres successifs nous envisagerons :

1° Les modifications de l'organisme créées par infection éberthienne et capables d'amener des hémorragies ;

2° Les conditions de localisation de l'hémorragie sur le système génital de la femme.

Nous ferons suivre ces considérations du groupe d'observations que nous avons pu recueillir et nous terminerons par une étude rapide de l'évolution, du pronostic, du diagnostic et du traitement de l'hémorragie utérine apparaissant à l'occasion de la dothienentérie.

CHAPITRE II

De l'hémorragie en général au cours de la dothienentérie

La fièvre typhoïde est vraiment une maladie à manifestations hémorragiques (Brouardel), et nous avons déjà fait remarquer précédemment que les hémorragies de la dothienentérie étaient les unes *mécaniques* (type hémorragie intestinale par ulcération), les autres *dyscrasiques;* les hémorragies utérines survenant au cours de l'infection éberthienne rentrent toutes dans cette dernière catégorie.

Il est intéressant, croyons-nous, de rappeler brièvement les modifications profondes apportées par la pullulation du bacille d'Eberth dans l'économie, tant au système vasculaire lui-même qu'au tissu sanguin, cette chair circulante, pour montrer combien favorables sont les conditions ainsi créées à la production des hémorragies.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les lésions pour ainsi dire constantes du myocarde, qui intéressent moins directement notre sujet; nous rappellerons aussi les lésions artérielles si fréquemment observées, et dont certaines ont été pour ainsi dire prises sur le vif et décrites par Hayem et Popoff dans les artérioles musculaires ; de même en ce qui concerne les lésions, encore mal connues, des capillaires. A côté de ces lésions donnant au système vasculaire une fragilité plus grande, il faut encore mentionner l'action de la toxine typhique sur le système nerveux général et sur les centres vaso-moteurs en particulier.

Les expériences de Sanarelli, Chantemesse et Courtade, injectant la toxine typhoïde à la grenouille (sous la peau ou dans le péritoine) et à des chiens (dans le système veineux),

montrent nettement la faiblesse, la diminution de fréquence des battements du cœur chez le premier animal, et chez le second des phases successives d'hypotension, survenant presque immédiatement avec précipitation des battements du cœur et d'augmentation de pression (celle-ci ne revenant toujours pas à la normale) et pendant laquelle le pouls reste fréquent et petit.

L'inoculation intra-péritonéale de toxine, pratiquée sur le cobaye, animal particulièrement sensible aux poisons éberthiens, amène entre autres phénomènes l'écoulement par le rectum d'une mucosité rougeâtre et sanguinolente.

A l'autopsie, on trouve des congestions viscérales non douteuses : la rate est congestionnée, tuméfiée, friable ; tout l'intestin est fortement congestionné et hémorragique ; son contenu est diarrhéique et sanguinolent ; les reins, les capsules surrénales sont congestionnés ; l'utérus est fortement congestionné, lui aussi (Macé).

Il est évident que le poison typhique, outre son action sur les parois des vaisseaux et sur le système nerveux, dont nous parlions tout à l'heure, exerce une influence considérable, on pourrait dire élective, sur les muqueuses en général.

Mais, à côté de ces modifications circulatoires, le bacille d'Eberth lui-même ou ses produits solubles exercent une action profondément modificatrice sur le liquide sanguin, et nous tenons à indiquer celles-ci en quelques mots.

Y a-t-il, d'ailleurs, lieu de s'étonner de cet ensemble de perturbations apportées, tant au contenant vasculaire qu'au contenu hématique, qui sont en contact permanent et constant avec le bacille d'Eberth et ses produits de culture dans l'organisme ? Le temps n'est plus où l'on considérait comme exceptionnelle la présence du bacille d'Eberth à l'intérieur des vaisseaux et où l'on croyait à sa localisation exclusive dans

les glandes lymphoïdes de l'intestin, dans les plaques de Peyer.

Les toxines sécrétées par le bacille, végétant et se multipliant à l'infini dans l'épaisseur des tuniques intestinales, se répandent bien dans le torrent circulatoire pour apporter au sang et aux vaisseaux des perturbations d'origine purement toxique, comme le feraient des toxines diphtériques ou des toxines tétaniques. Mais il est en outre démontré aujourd'hui que la présence du bacille d'Eberth à l'intérieur du sang est un phénomène constant.

Ce germe se développe et pullule dans ce tissu liquide, aussi bien et mieux que dans les autres milieux de l'économie, et si l'on n'a pu y démontrer plus tôt la permanence de sa présence, c'est que l'on ne savait pas l'y déceler. Or, dans ces derniers mois, nous avons vu M. Courmont démontrer la possibilité de faire des cultures de bacille d'Eberth dans du bouillon en partant du sang des typhiques, à la condition de se soumettre à certains détails dont le principal est l'abondance même du milieu de culture.

Cette constance est telle (on pourrait rencontrer le bacille à l'intérieur du sang dans les périodes tout à fait initiales) que cet auteur proposait cette méthode comme devant venir se substituer à celle du séro-diagnostic de Widal, dans les cas où cette épreuve restait négative pendant un certain temps au début de la dothiénentérie. M. Sucquet, de Tunis, préconisait vers la même époque le même procédé, et M. Chantemesse rappelait à ce sujet que, depuis plusieurs années déjà, on savait en Allemagne cultiver le bacille d'Eberth provenant du sang des typhiques. On sait encore que le même germe a pu être décelé à l'intérieur des taches rosées formant à leur niveau des embolies bactériennes microscopiques.

Cela étant connu, on comprend d'autant plus facilement que des modifications profondes soient apportées de ce chef

à la texture directe des vaisseaux, à la composition intime du sang par ce contact direct avec les corps bactériens qui peuvent agir par eux-mêmes, et qui, dans le cas présent, déversent en outre directement leurs produits de végétation à l'intérieur du torrent circulatoire.

Le sang est profondément modifié. Il affecte, organoleptiquement, tous les caractères que l'on retrouve dans le sang de tous les états septicémiques. Il est difficilement coagulable, reste longtemps liquide; il est épaissi, poisseux; au lieu d'être rutilant il est foncé, presque noir ; il imbibe fortement les parois vasculaires et se décompose très rapidement après la mort.

Si l'on examine le *plasma*, à quelque période que ce soit de la dothiénentérie, on ne trouve jamais un taux normal de fibrine.

Constamment, celle-ci est diminuée de quantité, et l'abaissement du taux de la fibrine est parfois très considérable ; à cet égard, la fièvre typhoïde serait, de toutes les maladies, celle dans laquelle on voit le chiffre de la fibrine descendre le plus bas (Andral et Gavarret).

Cette pyrexie offrirait donc un caractère inverse de celui que l'on observe ordinairement dans toutes les phlegmasies où l'hyperinose est la règle. On entrevoit déjà toute l'importance de cette diminution de la fibrine et du défaut correspondant de coagulabilité du sang dans la production des hémorragies, rendue ainsi infiniment plus facile.

A côté de ces modifications du plasma lui-même, existent des modifications tout aussi intéressantes des éléments figurés.

Les globules rouges présentent peu de modifications importantes dans leur nombre, celui-ci diminue légèrement au moment de la défervescence, pour remonter progressivement au moment de la convalescence. Mais les modifications qualitatives sont autrement importantes : les hématies sont diffluen-

tes ; l'hémogloline subit une légère diminution, tombant de 125 p. 1000, chiffre normal, à 90-120 p. 1000 (Quinquand).

Le pouvoir absorbant du sang pour l'oxygène est notablement diminué (Quincke, Heisocque et Baudouin). Le nombre des hématoblastes est également un peu diminué pendant la période d'état de la maladie, et ses variations sont assez parallèles à celles du taux de la fibrine. Les leucocytes subissent aussi d'intéressantes variations dans leur nombre et dans leurs proportions relatives.

Le chiffre des leucocytes augmente rapidement dans le premier septénaire pour décroître ensuite (Virchow, Thoinot) ; pendant la période d'état, l'hypoleucocytose est la règle ; elle va en augmentant à mesure que la maladie progresse, et elle persiste longtemps pendant la convalescence. L'hypoleucocytose est d'autant plus accentuée que la dothienentérie est plus grave. Turck, Chantemesse et Millet ont montré que, au cours de cette hypoleucocytose, le nombre des leucocytes polynucléaires augmentait considérablement au point de devenir supérieur au nombre des polynucléaires contenus à l'état normal dans un millimètre cube de sang.

Mais, en même temps, on constate une disparition complète des éosinophiles et une diminution de nombre des mononucléaires.

Dans la deuxième période de la maladie, l'hypoleucoytose est absolue et le nombre des polynucléaires s'abaisse franchement au-dessous de son taux normal et, vers le début de la convalescence, on voit dominer le nombre des grands mononucléaires et des lymphocytes.

Comme on le voit, toutes les parties du système circulatoire subissent la répercussion causée par l'invasion de l'organisme par le bacille d'Eberth, et les vaisseaux, le sang, le plasma, les hématies, les leucocytes, sont tous modifiés dans sens

contraire à la facilité de la coagulation, mais en revanche très favorables, à la production des hémorragies.

Nous venons de démontrer pourquoi ce phénomêne peut apparaître si facilement dans la dothiénentérie, il nous faut maintenant rechercher pourquoi l'hémorragie se fera plus volontiers dans tel ou tel organe, et en particulier dans l'utérus.

CHAPITRE III

Causes générales des métrorragies au cours de la fièvre typhoïde

L'infection éberthienne crée des conditions favorables à l'hémorragie. Mais il ne s'ensuit pas pour cela que tous les typhoïsants réalisent des hémorragies ; et parmi ceux qui en font, tel voit la perte sanguine se produire au niveau de la vessie, tel autre au niveau du rein, de l'utérus.

A côté des causes étroitement dépendantes du processus infectieux, il doit donc exister d'autres conditions résidant dans l'organisme lui-même, faisant appel à l'hémorragie et la localisant.

Ces conditions organiques peuvent être d'ordre général ou d'ordre local.

Les conditions générales sont inhérentes à la constitution, au tempérament des individus. Si le tempérament pléthorique favorise ordinairement l'hémorragie en général et l'hémoragie utérine en particulier, on peut le retrouver comme facteur important d'hémorragie dans la dothiénentérie. Mais à côté de la pléthore, qui se rencontre plus volontiers chez l'homme que chez la femme, et qui habituellement va de pair avec l'arthritisme, nous voyons *les états anémiques*, par les modifications dyscrasiques qui les accompagnent et parfois en sont le substratum, favoriser puissamment le processus hémorragique. Qu'il s'agisse d'anémies proprement dites, d'anémies essentielles ou d'anémies secondaires, symptomatiques, ou encore de chloro-anémie, on sait combien, dans tous ces états,l'hémorragie est fréquente, facile, intarissable. On sait aussi avec quelle constance on rencontre, dans les mêmes cas,

des troubles menstruels et quel rôle prépondérant parmi ceux-ci jouent les pertes utérines.

Pléthoriques ou anémiques sont donc constitutionnellement des prédisposées aux troubles hémorragiques en général, et aux hémorragies utérines en particulier. Celles-ci surviendront par conséquent d'autant plus facilement quand une sollicitation nouvelle surviendra du fait de l'infection dothienentérique.

D'autres causes prédisposantes aux hémorragies utérines, survenant à l'occasion d'une fièvre typhoïde, peuvent être trouvées dans le moment de l'existence où aura surgi l'infection.

Celle-ci aura-t-elle apparu chez une enfant non encore menstruée, ou au contraire chez une femme ménopausée, l'hémorragie utérine aura bien peu de chances de se produire. Au contraire, en pleine vie sexuelle ou à l'aurore de celle-ci, l'hémorragie utérine sera beaucoup plus facile. On cite notamment des cas dans lesquels la dothiénentérie, survenue chez des jeune filles à la veille de voir apparaître leur instauration menstruelle, ou chez lesquelles celle-ci avait subi un retard à cause d'une anémie coexistante, aurait fait apparaître les règles et appelé ainsi d'une façon définitive une menstruation tantôt précoce, tantôt au contraire trop lente à se produire.

Ce que nous venons de dire de la menstruation en général et des périodes où cette importante fonction est sur le point d'apparaître chez la femme, amenant ainsi du côté des organes génitaux internes des esquisses congestives qui, seules, n'auraient point abouti jusqu'à la production d'un flux hémorragique, mais qui, aidées par la fièvre typhoïde, se voient couronnées d'un plein succès, nous pouvons le répéter au sujet de chaque période menstruelle en particulier, et nous verrons une dothienentérie, faisant son invasion dans les jours marqués par l'écoulement menstruel normal, amener

une recrudescence de celui-ci, ou provoquer sa réapparition chez des femmes ou des jeunes filles qui s'en voyaient privées depuis quelques mois.

De même, lorsque le début de la fièvre typhoïde s'est fait en dehors de la période menstruelle, le retour de celle-ci en plein cours de la dothiénentérie donne lieu généralement à des pertes sanguines abondantes, plus abondantes ordinairement que ce qu'elles sont à l'état normal.

Il nous reste enfin à signaler quelques conditions assez fréquentes chez la femme, et d'importance capitale, capables de favoriser la production d'hémorragies utérines, il s'agit de l'état de grossesse d'une part, de l'existence préalable de lésions utérines d'autre part.

Quoique les rapports de la dothienentérie et de la grossesse constituent un sujet plein d'actualité depuis l'accident survenu à une souveraine européenne dans le cours de l'année présente, quoique ce soit là une question trop importante pour être esquissée dans ce travail, dans le cadre duquel leur histoire complète n'entre pas d'ailleurs, nous ne pouvons manquer de signaler en passant combien l'état de gravidité de l'utérus est une circonstance éminemment favorable à l'hémorragie utérine et à l'avortement qui en est la conséquence; ces accidents constituent même la règle au cours de la fièvre typhoïde et, dans ces conditions, on peut dire que le non avortement et la continuation de la grossesse sans accident sont l'exception.

Il ne sera pas besoin de s'étendre beaucoup sur les diverses lésions utérines, sur les divers états inflammatoires subaigus ou chroniques dont l'existence antérieure fera tout naturellement un appel aux phénomènes fluxionnaires, accompagnant la dothienentérie et tendant à se fixer sur les muqueuses ; cet appel sera ici la cause essentielle de la localisation des troubles hémorragipares sur la muqueuse utérine. Qu'il nous

suffise d'avoir signalé en passant, pour être complète, l'existence de ce groupe de causes prédisposantes ou adjuvantes.

Nous terminerons là cette énumération des conditions présentées par l'organisme et capables d'expliquer que l'hémorragie en général et l'hémorragie utérine en particulier puissent être réalisées au cours de la fièvre typhoïde. Il y aurait eu certainement beaucoup d'autres circonstances à signaler ; nous aurions dû notamment, dans l'étude des modifications capables d'orienter les réactions de l'économie vers les hémorragies, accorder une certaine place aux troubles d'insuffisance hépatique qui prédisposent grandement aux pertes sanguines par toutes les voies. Cette insuffisance hépatique peut exister préalablement, de par d'autres conditions étrangères à l'infection typhique, mais elle peut être créée de toutes pièces par l'infection éberthienne elle-même, dont les toxines, dont les germes, par les troubles apportés du côté du parenchyme hépatique surmené, congestionné, sont en rapport direct avec l'énorme quantité de produits solubles microbiens et de toxines de toute sorte résorbés en masse au niveau du tractus intestinal au cours de la fièvre typhoïde. Mais le point sur lequel nous voulons attirer l'attention au cours de ce travail consiste surtout à montrer l'influence de la chloro-anémie, du lymphatisme concomitants sur la production d'hémorragies utérines dans la fièvre typhoïde, et les quelques observations, tant personnelles qu'empruntées à d'autres, que nous apportons à l'appui de ce travail, nous semblent suffisamment démonstratives à cet égard.

CHAPITRE IV

Conditions et moment d'apparition des métrorragies

Dans quelles conditions et à quel moment apparaissent les hémorragies utérines dans la fièvre typhoïde ? Tels sont les points qu'il nous reste maintenant à fixer.

Tout d'abord, l'hémorragie utérine peut survenir dans deux conditions différentes. Ou bien elle se produit à l'époque des règles, et alors c'est tantôt l'écoulement menstruel normal avec toute sa banalité, tantôt un écoulement pathologique surajouté, ou bien la perte sanguine prend des proportions insolites par son abondance ou sa durée, et on se trouve en présence d'une véritable ménorragie. Mais, dans un cas comme dans l'autre, ce n'est qu'un phénomène normal, simple ou exagéré et, à ce titre, ces ménorragies de la dothienentérie ont une importance générale beaucoup moindre que les hémorragies utérines du deuxième groupe. Ces dernières sont celles qui se produisent en quelque sorte spontanément et en dehors de toute période menstruelle. Ce sont vraiment des pertes sanguines surajoutées, c'est un phénomène nouveau, anormal, vraiment pathologique, et méritant toute l'attention du clinicien ; elles méritent vraiment le nom d'hémorragie utérine : ce sont des *métrorragies*. Ménorragie, métrorragie sont donc les deux modalités de l'écoulement sanguin utérin des typhoïsantes. C'est au second mode, à la métrorragie, à l'hémorragie intercalaire, survenant en dehors des époques menstruelles, que depuis Gübler on convient de réserver le nom d'*épistaxis utérines*.

L'assimilation créée par cette expression est peut-être un peu excessive, et nous nous demandons si, pour la rendre

plus étroite, on ne devrait pas restreindre la compréhension de cette expression : épistaxis utérine, et au lieu de l'appliquer intégralement à toutes les métrorragies survenant à un moment quelconque du cours de la fièvre typhoïde, la réserver pour les métrorragies apparaissant au début de cette pyrexie.

L'épistaxis nasale est un phénomène assez fréquent, mais on la voit surtout dans les premières périodes de la dothiénentérie, lors de l'invasion et du premier septénaire ; quoique pouvant reparaître plus tard, elles sont plus rares à ce moment dans les périodes éloignées. Le rapprochement entre l'épistaxis nasale et l'hémorragie utérine serait donc peut-être plus exact et plus parfait, si on réservait l'expression d'épistaxis utérine pour les métrorragies du début de la fièvre typhoïde.

Si nous étudions maintenant les rapports chronologiques existant entre le moment d'apparition de l'hémorragie utérine et la période correspondante de l'évolution de la pyrexie, nous voyons que l'hémorragie est possible dans toutes les périodes. Mais sa fréquence n'est pas la même pour toutes celles-ci, et on voit ressortir des observations que les hémorragies utérines sont bien plus communes dans les périodes initiales de la dothiénentérie. On peut, en effet, observer les hémorragies utérines :

a) Soit au début de la dothienentérie ;

b) Soit pendant la période d'état de celle-ci ;

c) Soit pendant la défervescence, ou même dans des périodes plus éloignées, pendant la convalescence.

Les métrorragies du début, avons-nous dit, ont la même valeur que les épistaxis nasales et traduisent simplement les premiers phénomènes congestifs liés à l'infection, qui peuvent aussi bien se manifester sur d'autres muqueuses, sur la muqueuse pulmonaire par exemple, dans la dothienentérie à début thoracique. Elles sont habituellement peu abondantes, se répètent à divers intervalles et n'ont aucune signification

pronostique grave. Dans le cours de la dothienentérie, peuvent apparaître encore des métrorragies légères et répétées, tout à fait assimilables aux rares épistaxis nasales que l'on peut voir survenir encore à ce moment-là ; elles sont encore des phénomènes relativement bénins. Mais à côté peuvent survenir des métrorragies abondantes, pouvant, par la déperdition sanguine considérable qu'elles provoquent, mettre les jours du malade en danger, et celles-ci ne sont plus assimilables aux simples épistaxis utérines. C'est pourquoi nous indiquions tout à l'heure une séparation à établir entre les diverses manifestations hémorragiques d'origine utérine survenant pendant la fièvre typhoïde. Ces pertes abondantes peuvent exister isolément ou marquer une tendance hémorragique plus générale ; on voit alors la pyrexie devenir d'une haute gravité ; elle est franchement hémorragique, et l'on voit bientôt à l'hémorragie utérine s'associer des hémorragies multiples se faisant simultanément par toutes les voies, cutanées ou muqueuses. Ces formes sont malignes et rapidement mortelles.

Mais l'hémorragie utérine ne marque pas toujours le début d'accidents aussi graves, et même, alors qu'on la rencontre très abondante et d'apparence menaçante, elle peut constituer un phénomène d'une toute autre valeur, d'une toute autre signification. Nous voulons ici faire allusion au *rôle critique* joué parfois par la métrorragie, dont l'apparition s'accompagne d'une défervescence brusque, d'une chute thermique, de la cessation des phénomènes généraux, d'une amélioration prompte du sujet et d'un retour imprévu et rapide à l'état de santé.

Ces cas, qui ont été signalés par Chantemesse, sont intéressants à connaître et donnent naissance à des formes particulières du *typhus abortif*, forme de la fièvre typhoïde qui, on le sait, se fait remarquer par la brièveté de son évolution, la

maladie tournant court au bout de quelques jours, d'un septénaire quelquefois.

Dans le décours de la fièvre typhoïde, l'hémorragie se montre plus rare et en tout cas d'une signification moins grande, d'une abondance moins considérable que lorsqu'elle survient à d'autres périodes, pendant la période d'état notamment. L'observation personnelle que nous donnons dans notre thèse montre précisément une petite hémorragie utérine se faisant pendant la période de défervescence de la dothiénentérie et survenant quelques jours avant une légère rechute.

Pendant la convalescence, les métrorragies se font de plus en plus rares et, peut-on dire, exceptionnelles. Elles sont alors en rapport bien plus avec l'état de profonde anémie, laissé après elle par l'infection, et avec les modifications de la crase sanguine qu'avec toutes autres conditions ; elles sont d'ailleurs très rares, rappelons-le, à ce moment-là, et on voit bien plus souvent, pendant la convalescence, la menstruation disparaître parfois pendant longtemps, pendant plusieurs mois, que l'on n'assiste à des hémorragies. Bien entendu, nous ne considèrerons pas comme telle l'hémorragie traduisant le retour de la menstruation parfois supprimée, et qui se reproduit à un moment donné de la convalescence. Enfin, il nous reste à dire quelques mots des métrorragies, dont l'origine réside dans un état particulier de l'utérus, dans l'état de gravidité de cet organe.

On sait la fréquence de l'avortement au cours de la fièvre typhoïde des femmes enceintes. On sait qu'il survient aussi bien dans les dothiénentéries légères que dans les formes graves ; on sait qu'il est d'autant plus fréquent que la fièvre typhoïde a surpris la femme à un moment où sa grossesse était plus avancée ; on sait encore que l'avortement se produit plus volontiers pendant la période d'état, et vers la fin de

cette période, que, soit au début, soit pendant la convalescence, quoique on puisse l'observer, en réalité, à toutes les périodes. Mais cela ne nous intéresse qu'indirectement, et ce que nous tenons à signaler ici, ce sont les conditions qui parfois paraissent présider à la production de l'avortement. Si, souvent l'hyperthermie, si, souvent la mort ou la maladie du fœtus, touché par le germe typhique lui-même ou simplement par des toxines, sont des causes fréquentes d'avortement, cet accident reconnaît parfois un tout autre mécanisme, celui de l'hémorragie. Rappelons simplement à cet égard que Güsseron a admis que l'avortement, dans les trois premiers mois de la grossesse, annoncé et accompagné en général par des hémorragies profuses, devait tenir à une endométrite hémorragique analogue à celle que Slavianski a décrite pour le choléra.

Nous allons maintenant donner les observations sur lesquelles se base notre travail, et dont la considération nous permettra de tirer des déductions venant appuyer les développements qui précèdent, et que nous avons cru devoir présenter dans un ensemble didactique pour lui conserver son unité.

Comme de juste, nous accordons la prépondérance à l'observation que nous avons pu suivre nous-même dans le service de clinique de notre maître, M. le professeur Carrieu, observation qui est devenue le point de départ et comme le pivot de ce travail. Nous la donnerons *in-extenso*, nous contentant de résumer les observations suivantes que nous avons empruntées à divers auteurs, en mettant en relief les points qui ont plus particulièrement trait aux rapports de la métrorragie avec la dothienentérie.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le docteur Ardin-Delteil, chef de clinique de M. le professeur Carrieu).

A. Amélie. 24 ans, domestique. Salle Bichat, N° 10, service de M. le professeur Carrieu.

Entrée à l'hôpital le jeudi 15 mai 1902.

Anamnestiques. — A été obligée de s'aliter, il y a quatre jours, dimanche 11 courant. Mais le début des accidents ne remonte pas à ce-jour là. Elle se sentait mal à l'aise depuis une huitaine de jours ; elle traînait depuis le lundi précédent, faisant son travail tant bien que mal, et elle a tenu jusqu'au dernier moment. Dimanche, frissons répétés, vertiges, bourdonnements d'oreille. En même temps, apparition d'une céphalée pénible, céphalée surtout frontale, mais se faisant également sentir du côté du vertex, et comparée par la malade à un poids de 100 kilogs. En même temps insomnie, qui persiste depuis et qui agace beaucoup la malade. Comme troubles digestifs, anorexie complète ; selles régulières et normales, sans diarrhée ni constipation.

La malade a vomi avant-hier mercredi ; mais ce vomissement est survenu à la suite de la prise d'une purge, qui a été rejetée par la voie buccale une heure après. La malade toussait un peu. Elle ne crachait point. Pas d'épistaxis. Mais il faut noter que *les règles ont eu lieu vers le début de la semaine dernière* (5-6 mai), semaine pendant laquelle existaient déjà des prodromes sous forme de malaise vague.

Antécédents personnels et héréditaires. — Ne présentent rien de

remarquable à noter. La malade a été réglée un peu tard, à 15 ans. Les règles étaient irrégulières, tantôt avançant, tantôt retardant, souvent abondantes. Quelques pertes blanches.

Etat actuel. — Vendredi 16 mai. Au moment de l'entrée : malade de taille moyenne, bien bâtie et de complexion assez forte. Mais c'est une lymphatique grasse, au visage bouffi, aux lèvres épaisses, aux muqueuses décolorées, à la face et au tronc couverts d'éphélides.

Etat typhique peu prononcé : l'intelligence reste éveillée ; la malade répond avec précision aux questions qu'on lui pose ; le regard est vif.

On trouve céphalée frontale et au vertex, insomnie complète, anorexie absolue; ni constipation, ni diarrhée. Langue sèche, tremblotante, rouge à la pointe et sur les bords. Abdomen tendu, légèrement météorisé. Fosse iliaque droite douloureuse à la pression; gargouillements.

Rate un peu augmentée de volme et douloureuse. Taches rosées douteuses. Sur la cuisse et le flanc gauche, éruption mixte purpurique et phlycténulaire provoquée par une bouillote trop chaude. Dans la poitrine, râles sibilants et ronflants, piaulements disséminés des deux côtés, et perçus également en avant et en arrière.

L'auscultation du cœur montre, à la pointe et au premier temps, un souffle très net, un peu rude. Le pouls est mou, dépressible, dicrote; il bat à 96. Température 39°1 hier soir; 38°9 le matin. Enfin, les règles ont reparu ce matin, peu abondantes.

Prescriptions: Diète lactée, café, rhum, 4 bains tièdes à 35°, refroidis à 32°. Le soir, la température s'élève à 40°.

17 mai. — La malade a un peu dormi. L'état général diffère peu de celui d'hier. Les taches rosées sont très nettes. Nous sommes donc au delà du 1er septénaire, quoique la malade ne se soit couchée que dimanche.

L'hémorragie utérine continue. Température 38°7 le matin ; 40°1 le soir. Pouls 92. Tension sanguine 12,5 au sphygmomanomètre de Potain.

Séro-diagnostic de Widal positif.

Prescriptions. 5 bains à la même température. Pour lutter contre l'hémorragie utérine, potion contenant :

Chlorure de calcium.....	3 gr.
Sirop de framboises.....	30 gr.
Julep gommeux.....	90 gr.

18 mai. — Malade plus abattue; facies plus anémié est plus bouffi. Température 37°8 le matin ; 40°3 le soir. La courbe exécute de grandes oscillations. La perte utérine a été plus abondante. Pouls 90. Tension 12,5. Traces d'albumine dans les urines.

Même état général. Mêmes prescriptions.

19 mai. — Même état. — Température 38°8 le matin ; 39°6 le soir. Pouls 90. L'hémorragie utérine persiste. Mêmes prescriptions.

20 mai. — Etat général meilleur. La malade a un peu dormi. Langue toujours sèche. La température semble toujours vouloir descendre. L'hémorragie utérine est moins abondante. Température 38° le matin ; 38°9 le soir. Pouls 88.

21 mai. — Même état. L'hémorragie persiste.

Température 38°5 le matin ; 39°1 le soir. Pouls 84. Tension 13. Le souffle persiste au cœur, sibilants et ronflants dans la poitrine. Mêmes prescriptions.

22 mai. — Perte utérine beaucoup moindre. La malade a reposé une partie de la nuit. Langue humide. Taches rosées encore nettes. Température 36°9 le matin ; 38°8 le soir. Pouls 80. Tension 13. Mêmes prescriptions.

23 mai. — Amélioration notable de l'état général, quoique la température exécute de grandes oscillations de plus de 2°. L'hémorragie utérine a cessé complètement. Malade anémiée et affaiblie. Température 37° le matin; 39° le soir. Pouls 75.

Prescriptions : Supprimer la potion au chlorure de calcium. La remplacer par :

Teinture de kola.....	5 gr.
Elixir de garus.....	15 gr.
Sirop de quinquina.....	30 gr.

Même nombre de bains.

24 mai. — Les grandes oscillations thermiques continuent. En présence de la température d'hier soir (39°) qui semble vouloir indiquer une recrudescence, et pour régulariser les phénomènes thermiques, on donne de la quinine, malgré la métrorragie des jours précédents. Température 37°4 le matin ; 38°5 le soir. Pouls 80.

Prescriptions : 4 bains.

Sulfate de de quinine 0 gr. 90, en 3 cachets, à donner à 10 heures du matin, midi et 5 heures du soir.

25 mai.—La quinine semble avoir agi de manière favorable. La température d'hier soir a été moins élevée (38°5). Etat général meilleur.

Température 36°8 le matin ; 37°4 le soir. Pouls 80.

Prescriptions : Continuer quinine, ne donner que 2 bains.

26 mai.— La quinine a fait tomber complètement la température, le pouls lui-même s'est abaissé; mais, dans la nuit, l'*hémorragie utérine a reparu*. La chute thermique d'hier soir (37°4) était bien en relation avec l'action de la quinine, et non avec la production de l'hémorragie ; celle-ci est d'ailleurs peu abondante.

Etat général bon.

Température 37°3 le matin. Pouls 68.

— 36°6 le soir.

Prescriptions : Supprimer la quinine.

Potion au $CaCl^2$ (2 grammes).

2 bains.

27 mai. — La perte utérine est insignifiante. Etat général bon. La langue se dépouille.

Mais les taches rosées persistent, quoique peu nombreuses.

La suppression de la quinine amène l'élévation de la courbe thermique.

Température 36°3 le matin. Pouls 65.

— 37°9 le soir.

Mêmes prescriptions.

28 mai. — La malade est de nouveau somnolente. Un peu de diarrhée. Taches rosées persistent. *L'hémorragie utérine a complètement disparu.*

Température 36°9 le matin. Pouls 65. Tension 12,5.

— 37°7 le soir.

Mêmes prescriptions.

29 mai. — Même état; gargouillements plus marqués dans la fosse iliaque. Cependants la température semble vouloir baisser.

Suppression du chlorure de calcium ; 2 bains.

30, 31 mai, 1er juin. — Même état. La température oscille entre 37° et 37°3.

Le soir du 1er juin, la température remonte à 37°6. A partir de ce moment, se dessine une petite rechute, qui dure jusqu'au 10 juin, les températures maxima observées ne dépassent pas 38°6 les 5 et 6 juin. Les taches sont nettes, les gargouillements aussi ; mais le pouls reste calme, la langue est bonne, humide, l'état général est très satisfaisant ; la malade est éveillée, vive, enjouée, trop même puisqu'elle ne demande qu'à se lever et à manger.

L'*hémorragie utérine ne reparaît pas* au cours de cette rechute.

Prescriptions. — On maintient un régime diététique sévère et on se borne à augmenter le nombre des bains qui est porté à 5 les 4, 5 et 6 juin. Le 10 juin, tout rentre dans l'ordre, la température se fixe définitivement au-dessous de 37°. Le 13 juin, on commence à alimenter la malade qui se lève le 16, et sort quelques jours après en bon état, pas trop amaigrie, mais toujours anémiée.

Observation II

(Th. Georgieva ; obs. V).

L. V., 29 ans, sans antécédents pathologiques. Entrée le 9 octobre 1898. Malade depuis 8-9 jours. Réglée le 1er octobre, époque menstruelle habituelle. Dothienentérie bien caractérisée ; céphalée, stupeur, taches rosées, gargouillements, diarrhée, fièvre. Evolution normale jusqu'au 20 octobre. A ce moment, *métrorragie*, qui cesse le 22 ; cette hémorragie ne produit aucune modification de la courbe thermique. La fièvre typhoïde continue son évolution normale, et le 31 octobre la malade peut être considérée comme guérie. Le 1er novembre, apparition des règles, dont c'est l'époque habituelle. Puis *légère rechute*, terminée le 18 novembre. Le 1er décembre, les règles

manquent, elles n'ont pas encore apparu le 5 décembre, au moment de la sortie.

Observation III

(Th. Georgieva; obs. VIII)

Sophie A., 21 ans, chloro-anémique qui, à l'auscultation, présente un souffle cardiaque sans autres antécédents. Entrée le 27 juillet 1897. Le début remonte à une quinzaine de jours.

Les règles, normales, ont apparu le 12 juillet à leur époque habituelle. Le 24, trois jours avant l'entrée à l'hôpital, *métrorragie* qui dure deux jours et n'exerce aucune action sur la température. A partir de ce moment, évolution normale de la dothienentérie, qui guérit le 4 août.

Observation VI

(Th. Georgieva; obs. IX)

Germaine L., entrée le 17 juillet, sans antécédents personnels, ni héréditaires. Début le 12 juillet par syndrome habituel, sans épistaxis, mais avec apparition des règles, dont c'est l'époque et qui durent 3 jours.

Le 16 juillet au soir, *nouvelle perte utérine* sans action sur la température. La dothienenterie s'annonce comme grave; état typhoïde prononcé, polypnée ; embryocardie, délire.

Le 20 juillet, *nouvelle métrorragie*, sans action sur la température, qui reste très élevée. Etat général très grave ; injection de sérum artificiel.

Le 21, l'hémorragie persiste ; le collapsus se prononce de plus en plus ; la température s'élève et la malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie, à côté des lésions infectieuses ordinaires des autres organes, on trouve un utérus congestionné, dont la cavité dilatée contient du sang.

Observation V

Fièvre typhoïde ; hémorragies nasale et utérine (épistaxis) simultanée, les règles ayant eu lieu normalement huit jours auparavant, guérison (Obs. II de Gübler).

Adèle H., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Paule, N° 9, le 26 janvier 1858. Cette jeune fille, moyennement développée, est restée faible jusqu'à 16 ans. A cette époque ses règles apparurent, et depuis lors elles ont toujours été régulières et abondantes (durant cinq ou six jours).

Vers 16 ans, sa santé s'est affermie. Elle habite Paris depuis 3 ans, et s'y est toujours bien portée, à part de fréquentes fluxions sur les amygdales qui se renouvellent de temps en temps aux époques menstruelles, sans régularité. A 15 ans elle avait eu une amygdalite phlegmoneuse terminée par suppuration.

Aux approches du nouvel an, elle a eu beaucoup de fatigue et depuis ce moment elle avait souvent des courbatures, des lassitudes, son appétit avait diminué ; elle éprouva durant huit jours des douleurs vagues des reins qui n'apparaissaient que la nuit.

Le 20 janvier, elle ressent des frissons suivis de chaleurs, de malaises et d'un abattement considérable ; elle dort encore un peu les deux nuits suivantes, mais à partir du 24 janvier, elle se trouve de plus en plus courbaturée et brisée, le ventre devient douloureux, et les nuits se passent désormais sans sommeil.

Le 26 janvier, à son entrée, elle présente tous les caractères d'une fièvre typhoïde modérée: abattement, prostration, faiblesse générale, peau chaude, pouls à 110, langue blanche au centre, rouge sur les bords, soif modérée, urines albumineuses et colorables en bleu par l'acide nitrique ; ventre légèrement tendu, sans taches, douloureux, surtout par la pression sur la fosse iliaque droite. La diarrhée a paru le même jour.

(Tartre stibié, 0,05 centigrammes, avec ipéca pulvérisé, 1 gr. 50, en trois doses. Limonade, 2 pots; cataplasmes, lavement émollient; bouillon).

Le 27, diarrhée légère, pouls à 110; chaleur fébrile modérée. Hier, avant l'administration du vomitif, la malade a une *épistaxis* assez abondante, en même temps qu'apparaissait une légère *métrorragie*. Or elle aurait eu ses règles aussi normales que d'habitude huit jours auparavant. Cette *métrorragie et l'épistaxis n'ont pas reparu*. L'émétique a déterminé plusieurs vomissements. Dès ce moment, la fièvre a suivi son cours régulier sans gravité. L'amélioration a été graduelle et progressive. Sortie convalescente le 20 février 1858.

Observation VI

Fièvre typhoïde. — Métrorragie initiale (épistaxis utérine) débutant dix jours avant l'époque menstruelle et durant sept jours, puis après deux jours de repos. retour de l'écoulement sanguin (règles) pendant quatre jours. — Guérison (Obs. V de Gübler).

Marie R., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Eulalie, N° 27, service de M. Gbbler, le 13 juillet 1858. Cette jeune personne, brune, de constitution moyenne, réglée à 12 ans, n'a jamais été malade, mais toujours sujette à des maux de tête fatigants et à des épistaxis jusqu'à l'établissement des règles.

Difficilement réglée à 12 ans, elle l'a été depuis abondamment et avec douleurs durant les trois premières années. Souvent il n'y avait que quinze jours d'intervalle entre deux menstruations ; son sang a toujours été très coloré, elle a été sujette aux flueurs blanches.

Régulièrement menstruée tous les mois depuis l'âge de 15 ans. Elle a eu, à 13 ans, un érysipèle grave et qui lui a parcouru tout le corps. Elle n'a pas fait d'autre maladie, mais toujours elle s'est enrhumée facilement l'hiver, cependant jamais d'hémoptysie. Elle était maladive, fatiguée depuis huit jours, lorsque, le 9 juillet, elle tomba brusquement malade et se mit au lit avec la fièvre. *Ses règles, qu'elle attendait au plus tôt pour le 19 seulement, parurent*, dit-elle, en même temps et durèrent sept jours, c'est-à-dire jusqu'au 16. Elles cessèrent alors complètement pour reparaître le 18, et durèrent huit jours. Pendant tout ce temps, elle n'a jamais saigné du nez.

Lors de son entrée, le 13 juillet, il y avait trois jours que durait la première métrorragie, la malade était en proie à une fièvre intense, à un abattement profond ; la poitrine était remplie de râles muqueux; il n'y avait pas de toux. La fièvre typhoïde a parconru régulièrement ses périodes. Il y a eu huit jours de diarrhée ; jamais de douleurs abdominales vives.

Le 9 août, elle entre en pleine convalescence. Les sommets offrent quelques sibilances, la respiration y est un peu dure. Dans le reste des poumons, il n'y a pas de bruit anormal, mais la résonnance est un peu sourde comme dans la congestion passive.

Observation VII

(Résumée)

Fièvre typhoïde ataxique. — Métrorragie initiale. Epistaxis utérine et expuition sanguinolente. Mort le quatrième jour de l'hémorragie, le huitième de la maladie. Autopsie : corps jaune de trois semaines dans l'ovaire droit. Aucune trace de corps jaune récent ni dans l'un, ni dans l'autre ovaire (Obs. XI, Gübler).

S..., domestique, âgée de 26 ans, entre, le jeudi 30 janvier, à l'hôpital Beaujon, service de M. Lailler, N° 6, salle Sainte-Paule.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente un état de subdélire qui rend difficile son interrogatoire. On apprend cependant qu'elle était pâle auparavant et que ses règles étaient très irrégulières.

Après une courte période de malaise et de maux de tête, elle fut prise de frisson, de fièvre, de courbature générale le 26 janvier. Ce même jour survint une *métrorragie* qui dura 4 jours, sans que la malade puisse préciser si cet écoulement coïncidait avec les règles. Pas de saignement de nez, mais un *crachotement de sang* le 29.

30 janvier. — Langue sèche, fendillée, rouge-brun ; fuliginosités; ventre ballonné ; taches rosées autour de l'ombilic ; gargouillement dans la fosse iliaque ; maux de tête et diarrhée ; pouls petit et fréquent.

31. — Délire et agitation dans la nuit ayant nécessité l'application de la camisole de force. En insistant on parvient cependant à obtenir

d'elle des réponses justes. Pouls 104, inégal. Langue moins sèche qu'hier.

Affusions froides et enveloppement dans un drap mouillé le matin et le soir.

La malade se calme un peu.

Râles sibilants aux poumons. Plus de métrorragie depuis la veille.

1er février. — Pouls 116. Pas de selle depuis 24 heures. Langue sèche, couleur acajou.

Affusions et bouteille d'eau de Sedlitz.

2. — Délire tranquille. Toux. Plusieurs selles. Pouls 124; soubresauts des tendons; langue sèche et fuligineuse; 52 respirations par minute; râles ronflants et sibilants à l'auscultation.

3. — Même état que la veille; taches rosées; râles dans toute la poitrine surtout marqués en avant; délire calme; 160 pulsations, 56 inspirations par minute.

On supprime l'enveloppement et les affusions. Eau vineuse et potion cordiale.

Mort à 4 heures du soir.

Autopsie. — Le 5 février.

Poumons congestionnés. L'intestin présente des plaques de Peyer ulcérées. Grosse rate.

Membrane hymen intacte et résistante.

Utérus assez volumineux pour une fille vierge; col pointu avec un orifice arrondi; muqueuse normale, bien qu'il y ait du sang dans la cavité.

Annexes normaux sans la moindre congestion.

L'ovaire droit présente un corps jaune, assez rapproché de la surface, volumineux, renfermant un peu de liquide incolore sans caillot sanguin ou fibrineux. Ce corps jaune, remarquable par sa grosseur, eu égard à la virginité de cette jeune fille, éloignait par l'état de sa cicatrice et par la résorption du caillot l'idée d'une ovulation récente.

Observation VIII

(Perroud)

Catherine Seil..., 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 septembre 1868.

Cette femme est réglée habituellement d'une manière irrégulière ; il y avait une douzaine de jours que ses règles avaient paru quand débuta une fièvre typhoïde qui devint rapidement très grave, avec ataxo-adynamie, et qui entraîna la mort dans le troisième septénaire. La maladie commença assez brusquement par des frissons, de la fièvre et une céphalalgie très vive; le second jour, *les règles*, au dire de la malade, *reparurent*, mais l'hémorragie fut peu abondante et ne fit que *marquer* ; vers le huitième jour, l'*hémorragie se montra* de nouveau, mais aussi peu abondante que la première fois ; la malade alors était très accablée, le ventre était un peu ballonné, douloureux dans la fosse iliaque droite ; il y avait un peu de diarrhée, mais pas de taches rosées et pas d'épistaxis, l'état n'était pas très alarmant. L'*hémorragie ne se produit plus.*

Nous croyons inutile de transcrire ici tous les détails de l'observation, nous dirons seulement que la fièvre prit bientôt une grande intensité ; les taches rosées se manifestèrent, le ventre se ballonna, la stupeur survint ainsi qu'un délire bruyant la nuit et plus calme dans la journée ; enfin, une pneumonie droite, qui compliqua la maladie, précipita le dénouement fatal qui survint le 1er octobre, au dix-huitième jour de l'affection, seize jours après la première métrorragie, onze jours après la seconde, et enfin trente jours environ après la menstruation qui avait le plus immédiatement précédé le début de la pyrexie.

Autopsie. — Le corps étant réclamé par la famille, les ovaires seuls peuvent être examinés.

Dans l'ovaire gauche, nous avons trouvé un petit foyer jaunâtre, de la grosseur d'un petit noyau de cerise, autour duquel le tissu de l'ovaire présentait une petite zone d'un gris-noirâtre, seule trace d'un épanchement sanguin antérieur. Ce petit nodule était assuré-

ment le vestige d'un corps jaune que l'on pouvait rattacher à la menstruation que la malade accusait une douzaine de jours environ avant le début de sa fièvre et trente jours à peu près avant la mort.

Dans l'autre ovaire, une incision pratiquée suivant le grand axe de l'organe découvrit une cavité de la grosseur d'une petite noisette et assez superficielle. A ce niveau, on pouvait constater une cicatrice linéaire, fibreuse et solide sur la membrane péritonéale ; cette cavité contenait un sang noir et fluide dans lequel baignait un petit caillot rouge brique en voie d'évolution rétrograde et déjà d'un certain âge, c'était la trace d'une hémorragie intra-folliculaire antérieure ; la paroi interne de la cavité était un peu épaisse et teinte en rouge sombre par imbibition de l'hématoxine.

Cette lésion ovarique nous a paru constituée par une hémorragie de date relativement récente effectuée dans un foyer hémorragique plus ancien, comme si deux épanchements sanguins s'étaient produits à deux époques différentes dans un même follicule de Graaf. Il ne nous répugne pas d'admettre que ces deux épanchements ont pu se faire l'un au moment de la métrorragie qui survint au second jour de la fièvre, l'autre conjointement avec la légère métrorragie du huitième jour. Les ovaires présentaient, en outre, une ou deux petites taches noirâtres noyées dans leur parenchyme, reliquat probable de vieux corps jaunes.

Observation IX

(Perroud)

Louise B...., de 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 1er novembre 1861.

Cette femme est réglée d'une manière régulière ; elle n'avait pas eu ses règles depuis un mois et les attendait, quand, au quatrième jour d'une pyrexie encore mal déterminée, *elles apparurent et coulèrent comme d'habitude pendant trois jours,* sans colique et sans douleur lombaire ; la malade avait alors de la fièvre, une vive céphalalgie avec sensation de brisement général. Cet état morbide s'aggrava peu à peu et les signes d'une fièvre typhoïde adynamique très grave ne tardèrent pas à se manifester ; la langue se sécha, le ventre se bal-

lonna avec diarrhée et taches rosées, et la malade tomba dans la stupeur la plus profonde. Vers le quinzième jour, des *épistaxis nasales* très abondantes survinrent et se répétèrent tous les jours d'une manière si inquiétante que l'on fut obligé de tamponner les fosses nasales; les forces déclinèrent d'une manière plus rapide encore et la mort survint au vingt-et-unième jour, le 11 novembre 1861, dix jours après l'entrée à l'hôpital et treize jours après la métrorragie du début, laquelle ne s'était pas renouvelée pendant le cours de la maladie.

Autopsie. — Outre les lésions propres à la fièvre typhoïde et sur lesquelles nous n'insisterons pas, une rate volumineuse, molle et diffluente et une hypérémie des principaux viscères, on trouva dans les veines un sang noir, poisseux, non coagulé, rougissant très difficilement à l'air et quelques ecchymoses sur la face convexe du foie. Dans l'ovaire droit, on constata un *corpus luteum* dont l'apparition avait dû coïncider avec la métrorragie de la première période de la pyrexie, qui, par conséquent, devait être âgé de douze à quinze jours, et dont cependant la régression était peu avancée. Ce corps jaune avait encore la grosseur d'une petite noisette; au centre, on trouvait un caillot cruorique relativement volumineux et peu transformé; les parois du follicule était peu épaissies et peu plissées, colorées en rouge par imbibition de l'hématoxine. La cicatrisation de la déhiscence n'était pas complète.

CHAPITRE VI

De la lecture des observations qui précèdent, il se dégage un certain nombre de points que nous allons brièvement mettre en relief avant de poser nos conclusions.

Ces points se rapportent :

1° Aux antécédents personnels de nos malades qui nous éclairent sur leur tempérament et qui montrent l'influence que celui-ci a pu exercer sur la production des métrorragies au cours de la dothienentérie.

2° Aux rapports existants entre l'hémorragie utérine et la pyrexie éberthienne qui donnent lieu à des considérations de quelque intérêt que nous allons développer tout à l'heure. Ces considérations ont trait :

A. A la forme revêtue par l'hémorragie utérine. Sont-ce les règles normales qui apparaissent ainsi au cours de la dothiénentérie, ou bien nous trouvons-nous en présence, non de ménorragie, mais bien d'une métrorragie survenant en dehors de toute époque menstruelle ?

Dans le premier cas (règles, ménorragie), l'importance, l'abondance de l'écoulement menstruel sont-elles augmentées par l'infection concomitante ?

Dans le second cas (métrorragie), quelle a été l'importance de la perte sanguine ; quelle a été sa durée ; a-t-elle été simple ou répétée ; combien de temps après ou avant la menstruation normale, régulière est-elle survenue ?

B. A quel moment de la fièvre typhoïde se produisent plus volontiers ces hémorragies utérines, épistaxis, métrorragies ?

Et, suivant la phase de la fièvre typhoïde, leur physionomie est-elle modifiée ?

C. Quels sont les rapports de coïncidence entre les hémorragies utérines et les autres hémorragies capables d'apparaître au cours d'une dothiénentérie ?

D. Quels rapports généraux peut-on établir entre l'hémorragie et son action sur l'évolution de la fièvre typhoïde ? Cette dernière est-elle aggravée, et dans quelles proportions ?

L'hémorragie utérine exerce-t-elle une action perturbatrice sur la courbe thermique et imprime-t-elle à celle-ci des oscillations analogues à celles produites par l'hémorragie intestinale ?

Comme on le voit, les points d'interrogation surgissent multiples et on peut se rendre compte de l'intérêt général des nombreuses questions auxquelles il faudrait répondre.

C'est ce que nous allons essayer de faire.

I. — En ce qui concerne les antécédents personnels de nos malades, on ne les voit signalés que dans 6 observations sur 9. Mais dans ces 6 observations, ils sont tous concordants, et semblent calqués les uns sur les autres.

Dans l'observation I, la malade est une lymphatique grasse, bouffie ; elle a été réglée tardivement et les menstrues étaient pénibles.

Dans l'observation III, la malade est une chloro-anémique avec souffle cardiaque intense à la base. Dans l'observation V, la malade a été réglée tard, indice d'anémie de la puberté.

Dans l'observation VI, l'instauration menstruelle a été pénible et difficile ; les règles étaient douloureuses, peu régulières dans leur retour ; la malade présentait d'abondantes flueurs blanches.

Dans l'observation VII, la malade est une anémique pâle, aux règles irrégulières.

Dans l'observation VIII, on note encore l'irrégularité des époques menstruelles.

De cet ensemble de constatation que peut-on conclure ?

On serait tenté, dès l'abord, de penser que la fièvre typhoïde est fréquente chez les lymphatiques, strumeuses, anémiques, chloro-anémiques. Mais cette déduction serait erronée, car les observations dont il s'agit n'ont trait qu'à des femmes qui ont présenté des pertes sanguines utérines au cours de leur fièvre typhoïde.

La seule conclusion légitime que l'on puisse se permettre de formuler est donc la suivante, à savoir que les manifestations hémorragiques utérines chez les typhoïsantes sont fréquentes, surtout chez des malades anémiques, chlorotiques, lymphatiques. A admettre que les trois observations dans lesquelles on a négligé d'indiquer l'état antérieur de la malade, de sa menstruation, soient négatives, nous voyons que nous retrouverions tout de même dans les deux tiers des cas, soit dans 66,66 o/o, l'anémie, la chloro-anémie, le lymphatisme et les troubles menstruels antérieurs comme cause prédisposante aux hémorragies utérines dans la fièvre typhoïde. Mais la proportion normale doit être assurément encore plus forte et nous regrettons vivement le mutisme de 3 de nos observations ; ce qui nous aurait permis de dire que les troubles *métrorragiques étaient pour ainsi dire la règle dans la fièvre typhoïde des anémiques, chloro-anémiques, lymphatiques*, *etc.*

II. — Etudions maintenant les rapports unissant l'hémorragie utérine et l'infection éberthienne.

A. *Forme revêtue par l'hémorragie utérine.* — La lecture attentive des observations montre que la plupart des malades ont présenté des troubles hémorragiques de deux ordres.

Dans 7 observations sur 9, nous voyons mentionnée l'apparition des règles en outre des métrorragies.

Règles. — En d'autres termes, la plupart des malades qui ont présenté une métrorragie avaient eu leurs règles à un autre moment de la fièvre typhoïde, et, d'une façon générale, ces règles ont coïncidé avec l'invasion de la dothienentérie.

Dans l'observation I, la malade a ses règles pendant la période prodromique, un ou deux jours avant l'invasion proprement dite, souvent difficile à préciser avec exactitude.

Dans l'observation II, c'est encore pendant l'invasion que la malade assiste à l'apparition de ses menstrues.

Dans l'observation III, mêmes conditions.

Dans les observations V et VIII, les règles coïncident avec l'invasion ; dans l'observation VIII pourtant, elles étaient venues deux jours avant le début des accidents.

Enfin, dans l'observation IX, les règles sont reportées plus loin dans la période de début et ne se montrent que le 4e jour de la pyrexie.

Sans chercher pour cela à établir une relation de cause à effet entre le moment d'apparition des règles et celui de la pyrexie, on peut donc dire que fréquemment le début de la fièvre typhoïde chez les femmes, et surtout chez les chloro-anémiques et les lymphatiques, coïncide avec la période menstruelle.

On peut dire aussi que c'est chez les femmes qui ont vu venir leurs règles au début d'une dothiénentérie que l'on verra plus tard apparaître des métrorragies.

Le fait de la concomitance des règles et du début de la fièvre typhoïde exerce-t-il une influence quelconque sur l'abondance de l'épanchement menstruel? Celui-ci est-il, en quelque façon, exagéré, accru? En un mot, a-t-on affaire à des règles banales, tout à fait normales, ou a-t-on affaire à une perte surabondante, à une ménorragie? Nous avons relevé dans

tous les cas avec soin la forme et la durée de cet épanchement hémorragique du début, et dans toutes les observations, nous voyons noté que *la perte menstruelle a été normale*, que l'écoulement sanguin a été ce qu'il était d'habitude, ni plus abondant ni plus prolongé ; dans les cas où la durée est spécifiée, nous voyons que celle-ci est de 3 jours (observations IV et IX).

Donc les règles apparaissant dans la période d'invasion, au début de la fièvre typhoïde, sont en tous points normales. Dans *aucun cas il n'y a eu de ménorragie.*

Métrorragie. — C'est là la manifestation qui nous intéresse le plus ; c'est un vrai phénomène pathologique, à opposer à l'écoulement menstruel normal et calme du début.

Il nous faut maintenant fixer les diversités d'aspect de cette métrorragie et nous documenter sur son importance, sa durée, sa répétition, son éloignement par rapport à la menstruation normale :

1° Dans deux observations (obs. V et obs. VIII), il s'agit d'un écoulement sanguin insignifiant, et de faible durée, quelques heures (24 heures au plus).

C'est là une hémorragie tout à fait comparable par sa réduction aux épistaxis nasales si fréquentes dans la dothiénentérie. Il serait vraiment exagéré de leur appliquer l'expression de métrorragie ; celle-ci doit être réservée, nous semble-t-il, aux pertes abondantes et d'une durée de plusieurs jours survenant en dehors des époques menstruelles normales. A ces hémorragies légères intercalaires, nous ne voyons pas de meilleure dénomination que celle proposée déjà par Gübler *d'épistaxis utérine. L'épistaxis utérine est donc, pour nous, une hémorragie utérine intermenstruelle, de faible durée et de faible quantité.* Dans l'observation VIII, ces épitaxis utérines se renouvellent à deux reprises et marquent à peine le linge.

2° Dans les autres observations (obs. I, II, III, IV, VI, VII, IX) il s'agit de métrorragies véritables, c'est-à-dire d'hémorragies utérines survenant en dehors des époques menstruelles, hémorragies notables par leur quantité et leur durée. Ce ne sont plus, comme les épistaxis utérines, de simples saignements passagers de l'utérus, mais des pertes durant toutes plusieurs jours, et se répétant parfois à diverses reprises.

Ces pertes durent plusieurs jours:

Dans l'observation I, deux métrorragies, l'une durant 6 jours, l'autre durant 2 jours;

Dans l'observation II, une métrorragie durant 2 jours;

Dans l'observation III, une métrorragie de 48 heures;

Dans l'observation IV, deux métrorragies, la première de 24 heures (peut-être une épistaxis), la seconde durant 2 jours;

Dans l'observation VI, deux métrorragies vraiment importantes par leur durée, la première de 7 jours, la seconde de 8 jours;

Dans l'observation VII, une métrorragie qui dure 4 jours, et dans l'observation IX, 3 jours.

On voit que dans ces 7 observations, il y a eu 10 métrorragies qui ont duré en tout 27 jours, soit une durée moyenne de 3 jours 7 dixièmes pour chaque perte utérine. Il est à remarquer toutefois que les pertes de faible durée (2-3 jours), sont de beaucoup les plus fréquentes, et que dans 2 observations seulement (obs. I et VI), la durée a excédé 5 jours. Dans 3 observations sur 7, c'est-à-dire dans un peu moins de la moitié des cas, il y a eu métrorragie répétée deux fois.

3° Par rapport à l'époque normale de la menstruation, à quelle époque surviennent les métrorragies de préférence? On les voit survenir :

Dans l'observation	I,	12 jours	et 21 jours	après les règles.
—	II,	20 —	—	—
—	III,	12 —	—	—
—	IV,	4 —	et 8 jours	—
—	V,	8 —	—	—
—	VI,	21 —	et 29 jours	—
—	VIII,	10 —	et 18 jours	—

Donc, dans la majorité des cas (5 obs. sur 7), la métrorragie survient du 12e au 20e jour consécutif à la menstruation, soit en moyenne le 16e jour, c'est-à-dire *vers le milieu de la période intermenstruelle.*

A quel moment de la fièvre typhoïde se produisent plus volontiers les hémorragies utérines ?

D'après nos observations, nous avons vu que la période prodromique, l'invasion et le début de la dothienentérie (dans les formes qui plus tard se feront métrorragiques) étaient marquées habituellement par l'apparition des règles, normales en tout points.

Seule l'observation VII ne nous fixe pas à cet égard, et la malade, peu observatrice, ne sait dire si l'hémorragie utérine qui marque le début de sa maladie répond a ses règles normales ou constitue une perte proprement dite, une métrorragie.

Dans l'observation VIII, le début est marqué par une métrorragie insignifiante de celles auxquelles nous avons réservé le nom d'épistaxis utérines.

Ainsi, peut-on dire que presque jamais, dans nos observations, la métrorragie ne marque le début de la fièvre typhoïde. *Elle se réserve pour la période d'état*, et, de fait, dans presque toutes les observations, c'est à ce moment que se note l'existence de la métrorragie.

Dans l'observation I, 2 métrorragies, le 7e et le 8e jour de la maladie.

Dans l'observation II, 1 métrorragie, le 18e jour de la maladie.

Dans l'observation III, 1 métrorragie, le 13e jour de la maladie.

Dans l'observation IV, 2 métrorragies, le 7e et le 11e jour de la maladie.

Dans l'observation, V 1 métrorragie, le 7e jour après la maladie.

Dans l'observation VII, 2 métrorragies, le 7e et le 8e jour après la maladie.

Dans l'observation VIII, 1 métrorragie, le 16e jour après la maladie.

C'est donc du septième au dix-huitième jour de la fièvre typhoïde que se montre la métrorragie. Celle-ci est donc de beaucoup plus fréquente *pendant le second septénaire et la première moitié du troisième.*

Parmi ces métrorragies, on voit les *épistaxis utérines* survenir le 7e jour (obs. V) et le 16e jour (obs. VIII); peut-être le 7e jour dans l'observation IV. Rappelons que dans l'observation VIII, une épistaxis utérine a marqué le début de la dothiénentérie.

Donc l'epistaxis utérine, telle que nous l'avons spécifiée et définie, est beaucoup plus rare que les autres formes d'hémorragie (hémorragie menstruelle et métrorragie proprement dite) et n'affecte aucune époque de prédilection, adoptant, en cela, les mêmes limites que les métrorragies communes.

La durée de la métrorragie est-elle influencée en quoi que ce soit par l'époque de la dothienentérie où elle survient? Rien ne permet de l'affirmer ; nous avons vu des métrorragies

du deuxième septénaire durer plus longtemps que celles du troisième et l'inverse se produire également.

Quant à la question d'abondance de l'écoulement, nous ne voyons ce point noté dans aucune observations hormis celles où il s'agit d'écoulements faibles, d'épistaxis utérine.

Les divers auteurs paraissent avoir été surtout attirés par la question de durée. En tout cas, nous ne voyons notées, dans aucun cas, des métrorragies abondantes, incoercibles, capables de devenir par elles-mêmes une complication menaçante (hormis les cas d'avortement, dont nous avons de propos délibéré rejeté l'étude).

C. Existe-t-il un rapport de coïncidence entre ces diverses hémorragies utérines et les autres hémorragies capables d'apparaître au cours d'une dothiénentérie ?

Pour résoudre cette question, il faut mettre à part les faits relatifs aux formes hémorragiques de la fièvre typhoïde, où la métrorragie n'est qu'une note isolée dans le concert hémorragique où tous les organes entrent en jeu, chacun pour sa part, sans que la prédominance symptomatique puisse être attribuée à quelqu'un d'entre eux plus spécialement. Il faut ne s'occuper que de la forme métrorragique de la dothienentérie.

Est-ce coïncidence, est-ce insuffisance d'observation? toujours est-il que nous n'avons noté que trois fois, dans neuf observations qui servent de base à ce travail, des hémorragies différentes de l'hémorragie utérine.

Dans l'observation V, on note une épistaxis nasale ; dans l'observation VII, quelques crachats sanglants ; et dans l'observation IX, des épistaxis nasales survenant vers le 15e jour de la dothiénentérie, dont le début avait été marqué par une perte utérine.

Donc, dans près des trois quarts des cas, dans les formes

métrorragiques de la dothiénentérie, la perte utérine est la seule manifestation hémorragique observée.

Dans aucune observation nous ne voyons mentionnée l'hémorragie intestinale.

D. Quels rapports généraux peut-on établir entre l'hémorragie utérine et son action sur la fièvre typhoïde?

Rappelons, tout d'abord, ce que nous disions concernant l'abondance de la perte sanguine. Jamais celle-ci n'est devenue, dans nos observations, une complication par l'importance de la déperdition hématique.

Donc, par elle-même, l'hémorragie utérine n'est pas un danger. Peut-être même agit-elle dans un sens favorable. Nous avons recherché soigneusement dans les diverses observations les variations de la courbe thermique correspondant aux périodes marquées par une métrorragie. Nous n'avons observé qu'une influence tout à fait négligeable. Point de grand et subit abaissement de la courbe, point de chute brusque du tracé au-dessous de 37° comme dans l'hémorragie intestinale. Peut-être quelques oscillations analogues à celles du stade amphibole; mais, d'une façon générale, action nulle sur la température et la courbe.

Le choix de nos observations est tel qu'il nous donne (observations de Gübler et de Perroud) 3 cas de mort sur 9 observations, soit une mortalité de 33,33 o/o. Ce chiffre est assurément beaucoup trop élevé (1) et provient, nous le répétons, du nombre trop restreint de nos observations, d'une statistique trop exiguë. Ce chiffre est en contradiction absolue avec ce que nous disions il n'y a qu'un moment.

La meilleure preuve qu'il n'existe que des rapports de cau-

(1) La mortalité de la fièvre typhoïde de 25 o/o, avant l'emploi de la méthode de Brandt, est tombée, depuis cette dernière, à un taux variant de 7 à 10 o/o (statistique de Tripier et Bouveret).

salité insignifiants entre la métrorragie et le degré de gravité de la dothienentérie, c'est que nous voyons par exemple la maladie être mortelle dans l'observation VIII, où il n'y a eu que deux métrorragies sans importance, deux épistaxis utérines qui ont à peine marqué le linge, tandis que dans l'observation VI, où surviennent deux très longues métrorragies, durant, l'une 7 jours, et la seconde 8 jours, la malade guérit parfaitement.

Les facteurs de gravité de la dothiénentérie doivent donc être recherchés ailleurs dans ce cas. La fièvre typhoïde n'a pas été grave parce qu'il y a eu métrorragie, elle était grave par elle-même, et c'est peut-être la gravité de l'infection générale qui a rendu plus facile dans ce cas la perte utérine. En tout cas, celle-ci apparaît plutôt comme un phénomène favorable, équivalent à une saignée, c'est-à-dire à une soustraction de toxines. C'est peut-être ainsi que l'on peut expliquer l'action critique, signalée par Chantemesse dans certaines dothiénentéries, à la suite d'une métrorragie intercalaire.

Faisons remarquer, enfin, que, à côté de ces cas de dothiénenterie mortelle, nous avons d'autres observations de dothiénentéries sévères, avec métrorragies, dont l'évolution a été normale, non entravée, ni allongée, ni raccourcie par le fait de la concomitance d'une métrorragie. Nous laissons donc entièrement de côté, en ce qui concerne ce point, toutes conclusions qui seraient basées sur un travail de statistique forcément erroné parce que trop restreint. C'est un point cependant intéressant que nous laissons à d'autres plus documentés le soin d'éclaircir.

Ces quelques données montrent donc que, d'une façon générale, l'*évolution* n'est pas modifiée ; que le *pronostic* n'est pas aggravé d'une façon directe. Nous ne dirons que peu de chose du *diagnostic* de la perte utérine. Il va de soi que l'on se documente pour savoir quel était l'état utérin antérieur de

la malade et pour déceler si l'on doit rapporter la cause de la métrorragie à la pyrexie, ou, au contraire, à quelque autre cause locale ; on précisera aussi la date de la menstruation afin de savoir si l'on a affaire à l'écoulement menstruel normal ou à une métrorragie, à une hémorragie surajoutée.

Du *traitement,* nous ne pouvons dire que ce qu'il nous a été donné d'observer par nous-même dans l'observation I. Nous avons vu que la perte utérine n'a pas été considérée dans ce cas comme une contre-indication à la balnéation (balnéation tiède dans ce cas), et que la malade a pu continuer à retirer tous les bénéfices de ce mode habituel de traitement sans que son hémorragie ait été accrue pour cela.

Nous noterons les bons effets du chlorure de calcium employé à l'intérieur qui agit en modifiant la crase sanguine dans un sens favorable à la plasticité du sang et à la coagulation, et qui a été employé de préférence à l'ergotine qui n'agit que sur les fibres musculaires lisses des petits vaisseaux et agit bien mieux dans les hémorragies de l'accouchement en s'adressant à un utérus capable de se contracter, ce qui n'est pas le cas dans les utérus au repos.

Tel est ce travail bien incomplet qui nous permettra de poser les conclusions suivantes.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de la fièvre typhoïde, on peut voir survenir des hémorragies utérines de divers ordres:

1° La perte menstruelle normale, qui répond souvent au début, ou aux phases prodromiques de la dothienentérie.

2° L'épistaxis utérine, hémorragie intermenstruelle, de faible quantité et de courte durée.

3° La métrorragie proprement dite.

II. — Epistaxis et métrorragie peuvent se produire au début de la dothienentérie. Mais elles marquent bien plus fréquemment le deuxième septénaire et le commencement du troisième. Elles peuvent se répéter à diverses reprises.

III. — La métrorragie dure en moyenne 4 jours. Elle n'exerce aucune action sur la courbe thermique. Elle ne paraît comporter aucun pronostic défavorable, hormis dans certains cas exceptionnels (dothienentéries violentes), formes hémorragiques, avortement).

IV. — Les hémorragies ne coïncident généralement pas avec les autres hémorragies habituelles de la dothienentérie qu'elles suppléent surabondamment.

V. — Les formes métrorragiques de la fièvre typhoïde surviennent principalement sur des femmes jeunes, en pleine activité génitale. Mais ces femmes sont pour la plupart des chloro-anémiques, des lymphatiques, en un mot des femmes à menstruation ordinairement irrégulière. C'est là une condition prédisposante d'importance capitale.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 10 juillet 1902.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu :
Montpellier, le 10 juillet 1902
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Brierre de Boismont. — De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques. Paris, 1842.

D'Heurle. — Sur l'apparition de la menstruation pendant le cours des maladies aiguës. Paris, 1847.

Obermeier Otto. — Beiträge zur Kenntniss der Pocken, *Arch. f. path. Anat.*, vol. LVII, liv. I.

Hérard. — Influence des maladies aiguës fébriles sur les règles et réciproquement. Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1852.

Gübler. — Des épistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies et des phlegmasies. Mémoires de la Société de biologie, 1862, t. IV.

Feugier. — Influence des maladies sur la menstruation et réciproquement. Thèse Paris, 1864.

Raciborski. — Traité de la menstruation. Paris, 1868.

Perroud. — Note sur les pseudo-menstruations liées aux pyrexies. *Lyon médical*, 1870, t. V.

Niemeyer. — Pathologie interne et thérapeutique, 1871, t. II, p. 695.

Chouppe. — Fièvre typhoïde à la suite d'une fausse couche, métrorragies très abondantes, mort. *Gazette obstétricale de Paris*, avril 1873.

Chantemesse. — Article *Fièvre typhoïde.*

Brouardel. — Traité de médecine.

Bartel. — De la menstruation et des métrorragies dans le typhus, la

fièvre typhoïde et la fièvre récurrente. Saint-Pétersbourg, Inaug. Diss., 1881.

Giorgieva. — Contribution à l'étude des troubles menstruels dans la fièvre typhoïde. Thèse Montpellier, 1898-1899.

Minder. — Des hémorragies utérines. Thèse Paris, 1864.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!